12

Zwei Fälle von

ctinomycose und Carcinom

nebst einigen andern Beiträgen zur Casuistik der menschlichen Actinomycose.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

EDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 23. Juni 1888

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Johannes Müller

aus Kowno in Russland.

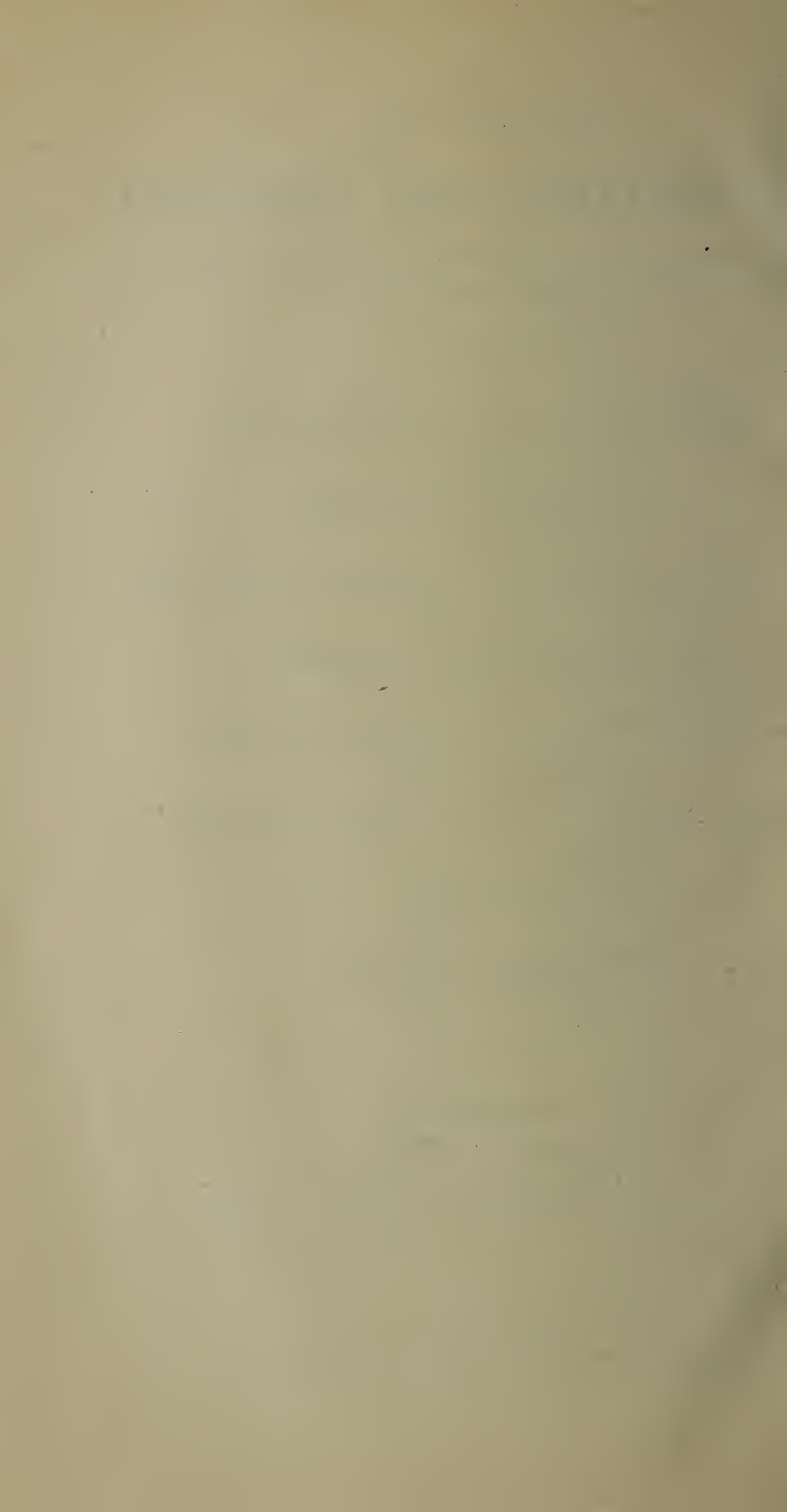
OPPONENTEN:

Hr. Cand. med. R. Zabel.
- Dd. med. W. Behrendsen.
- Cand. med. E. Wagner.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.



Seinen lieben Eltern

in inniger Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.



Die Erscheinungen, welche der Actinomyces in dem
ıenschlichen Körper verursacht, sind so wechselnd, wie
ie bei keinem andern Leiden sein dürften, so verschieden,
ass sie kaum dem Bilde einer einzigen Krankheit an-
ugehören scheinen. Die einzelnen Wirkungen des
trahlenpilzes wurden früher als Entzündungen aller Art,
ls torpide Phlegmone, Tuberculose, Scrofulose, als Sar-
omatose, als Fibromatose oder Myomatose, als Psoitis,
erityphlitis und Typhus abdominalis, als Malleus,
yhämie und Angina Ludovici aufgefasst. Die meisten
eobachter der Act. hom. stellten in der ersten Zeit
ıch ihrer Entdeckung die Eiterung als eine sichere
olge des Pilzes dar. Indessen hat diese Lehre ihre Be-
ründung verloren, seit Bollinger nachwies, dass der
trahlenpilz sich im Körper verbreitet, ohne eine Eite-
ıng zu verursachen. Dieselbe wird durch eine zugleich
ıttfindende Verbreitung von Eitercoccen hervorgerufen.
ls Beweismittel veröffentlichte Bollinger 1886 die Re-
ltate einer Autopsie von einer Pat., bei der sich unter
n Symptomen eines Gehirntumors eine acute Geschwulst
ı 3. Ventrikel mit Verdrängung des Thal. opt. ent-
ckelt hatte. Der im Anfange als Myxom oder Lipom
ponirende Tumor erwies sich als cystisch und entleerte
ıe gallertige, zähe, trübgraue Flüssigkeit. Mikroskopisch
thielt derselbe eine eiweisshaltige, mucinöse, körnige,
ronnene Masse, welche mässig zahlreiche rundliche,
ıphoide und grössere Granulationszellen neben char.
t. Colonien in allen möglichen Stadien einschloss.
hnittpräparate aus der membranartigen Hülle der Ge-
ıwulst ergaben das Bild eines zarten, schlaffen Gra-
lationsgewebes. Schwach vascularisirtes, theils zelliges,
ils faseriges Bindegewebe bildete die Wand des Tu-
rs, während die Hauptmasse der Geschwulst aus dem

zähschleimigen Inhalte bestand, worin sich weder e
Stroma, noch Blutgefässe auffinden liessen. Das Gewel
reagirt also gegen die Anwesenheit des Act. durch Pr
duction von Granulationsgewebe, das aber hinfällig is
weil es durch wenige Gefässe nicht genügend ernäh
wird. Die dünne Flüssigkeit, welche die Abscesse en
halten, ist meist gelblich oder durch hämorrhagiscl
Ergüsse braun gefärbt.

Israel und Köhler sind nun der Ansicht, dass d
Eiter einen charakteristischen Geruch habe, und Cultu
versuche von Babes scheinen das zu bestätigen. Ab
alle andern Beobachter bemerkten nichts davon. Rott
fand den Abscessinhalt dann, wenn eine gleichzeiti
septische Infection noch nicht erfolgt sein konnte, se
spärlich, blutig-serös bis seropurulent und geruchlo
Erst wenn Eiter- und Fäulnisserreger hinzugetreten se
konnten, wurden die Secretionen reichlich, eitrig u
übelriechend. Fügen wir gleich hinzu, dass dann d
Act. Körnchen selten wurden, so haben wir die Ac
nomycon streng von der Eiterung in dem neubereitet
Gewebe geschieden. Die Gelegenheit zur Infection m
Eitercoccen ist aber bald gegeben. Denn der Act. blei
nicht an einem Punkte, sondern hat das stete Streb
zu wandern. An den zuerst erkrankten Stellen bild
sich ein System von straffen Bindegewebsmassen,
denen die Körner nur noch selten zu finden sind. Dies
Narbengewebe finden wir fast in jedem Falle, viel selten
nur Granulationsgewebe. Meist ist das Bindegewe
durchsetzt von Hohlräumen aller Grössen. Das har
Gewebe kann wieder schwinden und so eine loka
Heilung folgen. Aber der Process greift fast imm
weiter. Nur ein einziger Fall von Spontanheilung i
bisher bekannt geworden, und zwar durch Braun. I
wir nun über die Art und Weise der Infection dur
den Strahlenpilz nur Vermuthungen hegen, weil w

einen Aufenthalt und seine Gestalt ausserhalb des Körpers nicht kennen, und da sich die Folgen der Infection an jedem Organe anders zeigen, so gehört die grösste Aufmerksamkeit dazu den Process als Einheit und dessen Ursache zu erkennen. Den Kampf gegen den Strahlenpilz können wir aber nur dann erfolgreich führen, wenn wir die Krankheit im Anfangsstadium und an Punkten angreifen, wo die völlige Ausmerzung der Knoten möglich ist. Leider ist dies bisher nur in der Hälfte der bekannten Fälle gelungen. Deshalb erscheint es wünschenswerth, dass auch fernerhin die beobachteten Fälle von Actinomycose bekannt werden. Vielleicht lässt sich aus einer grossen Summe einst ein Schluss auf die Art der Infection und ihre Verhütung ziehen.

Obgleich Herr Dr. Rotter demnächst in einer grösseren Arbeit die Fälle von Act., welche in der Chirurg. Klinik des Hrn. Geheimrath Prof. Dr. von Bergmann beobachtet sind, verwerthen wird, so ist mir doch durch die grosse Güte des bewährten Leiters der Klinik und durch die Freundlichkeit des Assistenten Hrn. Dr. de Ruyter die ehrenvolle Aufgabe zu Theil geworden ausser einer Aufzählung aller in der Klinik und Poliklinik beobachteten Actinomycosen vier besonders interessante Fälle ausführlich zu veröffentlichen. Für 2 derselben liegt auch das Ergebniss der Autopsie vor.

I. Pilzeinwanderung durch die Mund-Rachenhöhle.

Lokalisation am Unterkiefer, in der Submaxillar- und Submentalgegend.

1. Droschkenkutscher L., 49 Jhr., Potsdam, 85 geheilt (Rotter).
2. Koch B., 29 Jhr., Berlin, 88 geheilt entl.
3. Knecht K., 17 Jhr., Tammendorf, 86 geh.
4. Landmann S., 19 Jhr., Belzin, 86 geh.

b) Lokalisation in der Zunge.

5. Arbeiter F., 45 Jhr., Gransee, 87 geh.

c) Lokalisation in der Zunge und Umgegend.

6. Landmann M., 38 Jhr., Gusehter in Holland, 87 geh def. in Folge von Carcinoma oesoph.

d) Lokalisation am Oberkiefer.

7. Wächtertochter N., 20 Jhr., Berlin, 85, noch i Behandlung. (Rotter.)
8. Schneider G., 25 Jhr., Berlin, 88, geh.

e) Lokalisation am Halse.

9. Lieutenant a. D. L., 47 Jhr., Berlin, 87, geh.
10. Oberinspectors Ww. H., 55 Jhr., Weimar, 87 geh., (in Behandlung wegen Carc. laryng.).
11. Bäcker B., 30 Jhr., Berlin, 88, geh.

II. Pilzeinwanderung durch die Luftwege, Lokalisation in Bronchien und Lungen.

12. Kaufmann N., 54 Jhr., Berlin, 84 ? (Rotter).
13. Frau M., 30 Jhr., Berlin, 84 ? (Rotter).

III. Pilzeinwanderung durch den Intestinaltractus.

14. Bäcker Sch., 30 Jhr., Lichtenberg, 85, def. (Rotter)
15. Frl., S., 25 Jhr., Rosenberg, 87., in Heilung entlassen.

Das Resultat der Heilungen ist auffallend gut. Zwölf Heilungen steht ein ex. gegenüber. Von 2 Fällen ist nichts näheres bekannt. Indessen ist die hier vorliegende Actinomycose der Lungen meist ungünstig zu beurtheilen. Abgesehen von dem noch immer nicht ganz klaren Falle C. Varesco (Canalis) haben wir wohl lauter ungünstige Resultate bei Lungenactinomycose zu verzeichnen. Höchst ungünstig verlief die Beckenact. des Bäcker Sch., über welche unten ausführlich berichtet werden soll. Gut endete dagegen die Krankheit des Frl. S., welche nach

ıem Typhus abd. an Act. des Abdomen erkrankt war. ; ist das wieder ein Beweis für die Gefahr, welche ı Ende eines Typhus abd. durch Infectionen der Darm-ınd gegeben ist. Bekannt ist ja lange die Tuberculose :ser Art. Die Heilung des ziemlich beschränkten ·ankheitsherdes, der aber doch nicht völlig zu exstir-·en war, ging schnell vor sich und lässt eine Genesung ne Recidiv hoffen.

Die Fälle, wo der Pilz in dem Munde und vom ıchenraume aus in den Körper eingedrungen ist, zeigen t alle eine günstige Prognose. Aber sie sind alle erst den letzten Jahren beobachtet und deshalb nicht her als dauernd geheilt zu betrachten. Die beiden lle, in denen das Carcinom bei den actinomycotisch icirten Pat. auftrat, machen die Ausnahmen. Doch ıeint auch in diesen beiden Fällen eine Heilung der tinomycose erzielt worden zu sein. Den Beweis dafür ferte die Krankengeschichte, deren Hauptinhalt ich ·r anschliesse.

I. Fall. H., Wittwe eines Oberinspectors, 55 Jahr , aus Weimar, aufgenommen am 27. IX. 87.

Pat., früher stets gesund, bemerkte angeblich Mitte gust eine Anschwellung der linken Seite des Halses. dieser Zeit soll der behandelnde Arzt an der Innen-te der Backe eine Wunde gefunden haben, die er mit ıselungen behandelte. Es bildete sich jedoch trotz-ı eine stärkere Anschwellung, welche für eine Neu-dung gehalten wurde. Da diese Annahme durch eine tersuchung in Jena bestätigt wurde, liess sich Pat. ıufs Operation in die Klinik aufnehmen.

Pat. hatte bei der Aufnahme in der Höhe des oberen ıdes der Cart. thyr. an der linken Seite des Halses e Fistel. Dieselbe führte am Kehlkopf vorbei zu der gend der Speiseröhre und war umgeben von hartem webe. Die Fistel öffnete sich nach oben zum Oeso-

phagus. Ihre Wand und das Sputum der Pat. enthielt
Act.-Körnchen.

Nach Eröffnung durch Schnitt, Auslöffelung u
Tamponade heilte die Wunde bei antiseptischer Behan
lung in einigen Wochen, so dass Pat. am 29. X. e
lassen werden konnte.

Nach einem halben Jahre kehrte dieselbe
12. IV. 88 zurück.

Pat., im Ganzen wohlgenährt, zeigte zunächst e
sehr erschwerte Athmung. Am Halse sah man in
Mittellinie von der früheren Operation eine lange Na
und eine andre quer von der ersten ausgehend an
linken Halsseite. Am Ende derselben befand sich e
Fistel, aus der sich auf Druck einzelne Granulatio
massen entleeren. Die Fistel scheint mit dem Oesop
gus zusammenzuhängen, da nach Angabe der Kran
sich daraus zuweilen dünnflüssige Nahrung ergiesst.
kommt wegen starker Athembeschwerden in die Kli
Der Kehlkopf ist sehr verbreitert. Mit dem Kehlk
spiegel erblickt man nun am hinteren Rande dessel
eine stark zerklüftete Geschwulst, die den Aditus lary
verlegt, so das Athmen erschwert und, wie Pat. angi
auch häufiges Verschlucken herbeiführt. Das re
sichtbare Stimmband erscheint normal. Bei der
pation von innen erscheint der Tumor ziemlich
Es wurde nun die Diagnose gestellt: Actinomycosis
nicht ausgeschlossen Carcinoma lar.

Am 14. IV. wurde nach vorausgeschickter Trac
tomie und Einführung einer Hahn'schen Tamponca
der Kehlkopf freigelegt und gespalten. Es zeigte
am Rande links ein Tumor aus der Tiefe ragend,
cher makroskopisch und später auch mikroskopisch
Carcinom erkannt wurde. Nach einem links quer
lichen Schnitte wurde die Geschwulst bis zu il
Ausgangspunkte vom Oesophagus verfolgt, darauf

inke Hälfte des Kehlkopfes und der carcinomatöse Theil les Oesophagus resecirt. Nach Einführung einer Schlund-onde durch die Wunde der Speiseröhre wird die ganze Wundhöhle mit Jodoformgaze austamponirt. Pat., welche uerst trotz flüssiger Nahrung nichts bei sich behielt, ehielt in den nächsten Tagen einen Theil derselben. Die Secretion der Wunde ist bedeutend, aber das All-emeinbefinden leidlich. Die Kranke kann umhergehen.

II. Fall. Hermann M., 38 Jahre alt, Landmann us Gusehter in Holland, aufgenommen am 30. VII. 87.

Anamnese: Pat. will früher stets gesund gewesen ein. Seit einem Jahre vermag er keine festen Speisen u sich zu nehmen. Er hat bei dem Verschlucken fester Gegenstände das schmerzhafte Gefühl, als kämen die Speisen in der Höhe des Processus xiph. sterni nicht eiter. Dieselben wurden auch stets durch Brechbe-egung wieder zu Tage gefördert. Dieser Zustand hat ich allmählich noch etwas verschlimmert.

Das gegenwärtige Leiden des Pat. ist erst 4 Wochen lt. Er fühlte nämlich bei dem Schlucken einen Schmerz ber dem Kehlkopfe. Die Zunge schwoll schmerzlos an. Ohne besonderes Fieber erschwerte sich das Einnehmen nd Schlucken von Nahrung. Vor 21 Tagen begann die chmerzhafte Gegend zu schwellen. 8 Tage später ver-reitete sich die Anschwellung auch noch nach beiden eiten. Athmungsbeschwerden sind nicht hinzugetreten. m 30. VIII. kam Pat. in die Klinik.

Krankengeschichte: Bei der Aufnahme hatte Pat. ieferklemme. In der ersten Nacht scheint sich der ier wahrscheinlich vorliegende Abscess nach innen öffnet zu haben, denn der Kranke hat Blut und Eiter sehr grossen Mengen ausgespieen. Die linksseitig n Boden der Mundhöhle entstandene Oeffnung wird n 31. VIII. etwas erweitert. Es entleert sich viel iter und Blut. Pat. gurgelt mit Kal. chlor. Da aussen

an einer Stelle der Geschwulst deutliche Fluctuat
auftritt, so wird am 4. IX. auch von aussen incid
Ein Schnitt von 3 cm Länge, etwas rechts oben v
Kehlkopfe entleert wenig Eiter. Die Geschwulst fiel
den nächsten Tagen weg.

Status pr. vom 7. IX. 87: Bretttharte Geschwu
welche die Submaxillargegend einnimmt von der A
max. int. nach vorn bis an's Kinn und nach unten ge
bis an's Zungenbein. Die Oberfläche fühlt sich g
an. Haut verschiebbar bis auf eine Stelle in der
dianlinie zwischen Os hyoid. und Kiefer. Mundbo
beiderseits geschwollen, links mehr. Zunge nur bis
den Zahnreihen vorstreckbar. Im linken Unterki
fehlen Molares II und III. Weisheitszahn vorhand
aber cariös. Rechts derselbe Befund. Tumor mit d
Kiefer nicht verwachsen, verschieblich. Die Diagn
wurde auf Actinomycosis gestellt.

In Narkose wird von der alten Incisionswunde
horizontal nach beiden Seiten hin dicht über dem Zung
beine eingeschnitten. Hier über dem M. mylohy. w
ein Act. herd angetroffen, der ausgeräumt wird. N
Durchtrennung des Myloh. wird ein 2. Herd gefund
welcher auch ausgekratzt wird. Beim weiteren V
dringen in die Tiefe gegen die Zungenwurzel hin,
noch krankhafte Parthien zu fühlen sind, trifft der Fin
eine vereiterte Stelle und eröffnet sie. Auch hier
sucht der scharfe Löffel möglichst alles krankhafte
entfernen. Nach wiederholter Uebergiessung mit Su
mat und exacter Blutstillung wird die ganze Wunde
Jodoformäther überspült, mit Jodoformgaze tampo
und aseptisch verbunden.

Die Wunde granulirte gut. Pat. klagte über dau
den Kopfschmerz in der Scheitelgegend. Sobald
Wunde einigermaassen heil war, ernährte man den
noch einige Tage mit der nur mühsam einzuführen

nde, welche im unteren Drittel des Oesophagus immer
hr Widerstand fand. Als die Ueberzeugung durch-
ng, dass es sich um ein Carcinoma oesoph. handelte,
ritt man zur Anlegung einer Magenfistel am 27. und
IX. Am 30. X. hatte sich bei gutem Allgemeinbe-
len ohne Kieferklemme ein Abscess in der rechten
maxillargegend gebildet. Derselbe wurde eröffnet;
zeigte sich keine Infiltration der Zungenwurzel.

Der schwierige Verschluss der Fistel gelang durch
Röhre, an deren beiden Enden sich aufblasbare
lons befinden.

Es gelang bis Mitte December den zeitweise schon
ig geschlossenen Oesophagus wieder wegsam zu
hen. Partikel, welche mit einem Münzenfänger ab-
ssen wurden, ergaben keine Actinomycose. Pat.
de immer schwächer, bis am 29. XII. der exit. erfolgte.

Die Autopsie ergab auf die Neubildung bez. folgendes:

Am Oesoph., der mit dem Magen zusammen her-
enommen wird, befindet sich etwa 5 cm oberhalb
Cardia die erkr. Stelle. Die vordere Wand ist mit
Organen der Brusthöhle verwachsen gewesen. Im
iete der erkrankten Stelle, die ca. 5 cm lang ist und
deutlichen Grenzen in die gesunde Schleimhaut über-
, ist die Wand unregelmässig verdickt und die Ober-
e geschwürig zerfallen. Im benachbarten Gewebe
e infiltrirte Drüsen.

An beiden Kieferwinkeln und am Boden der Mund-
e, wo die Actinomycose ihren Sitz gehabt hatte und
tiv entfernt worden war, ist makroskopisch und
oskopisch nichts pathologisches zu entdecken. Die
rsuchung der erkrankten Stelle im Oesophagus er-
Carcinom. Beide Lungen leicht lösbar verwachsen.
Bronchien überall wie ihre Verzweigungen mit
umiger Flüssigkeit von hellrother Farbe gefüllt. Die
en Organe zeigen nichts besonderes.

So viel von den beiden Fällen, wo Act. und C
cinom auftraten. In den beiden folgenden Fällen li
der Verdacht nahe, dass Tuberculose und Act. zusamm
auftraten.

III. Fall. Louise N., 20 Jahre alt, Tochter ei
Privatwächters aus Berlin, aufgenommen den 20. VI.

Pat., angeblich aus gesunder Familie, war s
schwächlich, aber früher nie krank. Sie hat nie
Vieh zu thun gehabt. Vor 4 Jhr. bekam sie plötzl
heftige Schmerzen im Nacken und Steifigkeit desselb
Eine steife Cravatte liess den Zustand in 14 Tg.
übergehen. Bald darauf hatte sie eine Eiterung an
oberen Schneidezähnen, verlor 4 Zähne. Dann entst
den zu beiden Seiten des Halses „Drüsenschwellung
mit Abscedirungen und Perforationen der Haut. 1
bildete sich auf der linken Seite des Rückens an
Wirbelsäule in Höhe 3.—6. Rippe eine Geschwu
Drehung und Druck auf den Proc. spin. des 5. H
wirbel sehr schmerzhaft.

4. II. 85. Eröffnung des Abscesses entleert mäs
viel mit „käsigen Flocken“ vermischten Eiter. Heil
bis 24. II.

20. VI. 85. Aufnahme der Pat., die in Sulza S
bäder mit schlechtem Erfolg benutzt hatte, in die Kli

Status pr. Pat., anämische ziemlich kleine Pers
ist bis auf einige Narben am Halse und verschied
Infiltrationen am Rücken frei von äusseren Gebrech
Die Organe der Respir. und Circ. sind gesund.
der Nackengrenze bis zur 3. und 4. Rippe bedec
kleine Knoten die Haut. Am Halse sind ausserd
zahlreiche Drüsen geschwollen. Die kleinen Knötch
welche meist von Kirschkern- bis Haselnussgrösse si
zeigen z. Th. Fluctuation, z. Th. ist bereits Perforat
eingetreten. Aus den Oeffnungen lassen sich 2—3,
ten mehr mohnkorngrosse Körnchen von gelblicher Fa

sdrücken; dieselben sind von spärlich seröser bis se-
purulenter Flüssigkeit umgeben.

Die Beweglichkeit der Wirbelsäule ist beschränkt,
sonders die Flexion des Halssegmentes, weniger ist
e Rotation erschwert. Von subjectiven Beschwerden
nd allgemeine Hyperästhesie und Intercostalschmerzen
verzeichnen, welche mit Ausbreitung der Knoten
eitere Ausdehnung gewinnen. Schmerzen im linken
ecken.

Behandlung: Die Knoten excidirt. Jedoch treten
ue auf und Recidive in den Narben. Bei dem Aus-
atzen der entstandenen Fistelgänge gelangt der scharfe
öffel in ein Labyrinth communicirender Gänge unter
r Haut, die vielfach in die Muskulatur hineinreichen.
emals bemerkte man rauhen Wirbelknochen bis zum
nde 1885. Doch ist die Beweglichkeit der Wirbel-
ule, besonders die Flexion der Halswirbel beschränkt.
fter traten damals Schlingbeschwerden auf, ohne nach-
isbare anat. Veränderungen im Rachen. Im November
klagte Pat. öfter über Schmerzen im linken Becken
d im Hinterkopfe. Bis April 86 breiteten sich die
noten am Rücken bis in die Lendengegend aus. In
n tieferen Weichtheilen, besonders oberhalb der Cri. il.
det man Höhlen von 5—6 cm Länge, die ungeheure
assen von Körnchen enthalten. Gewöhnlicher Eiter
r nie vorhanden. Diese Fisteln heilen nur theilweise
s Oktober 86. Unter leichter Psoascontractur bildet
h auch eine Infiltration der linken Beckenschaufel,
e im November Fluctuation zeigt und ausgelöffelt wird.
s Ende 86 heilte die Wunde, nur eine kleine Fistel
eb und ist bis März 88 nicht geheilt. Während da-
als Pat. in Ruhelage schmerzfrei war, bekam sie
hmerzen im rechten Becken beim Gehen und Druck.
Sommer 87 fühlte man dort eine Härte.

Sept. 87. Im Rücken fast Alles verheilt, einige

Abscesse, die aber rechts bis an die Axillarlinie, links nicht ganz soweit gelegen sind, zeigen das Vorgehen der Invasion von der Wirbelsäule nach den Seiten. Vorn am Halse ist dieselbe bis zur 3. Rippe hinabgeschritten. Bewegungen der Wirbelsäule damals sehr beschränkt. Das Halssegment kann am besten flectirt werden. Dabei nimmt man aber Crepitation wahr. Rotation bis zum rechten Winkel möglich. Der letzte Lendenwirbel sehr schmerzhaft, Hüftgelenke frei, die Psoascontractur verschwunden. Jedoch zieht Pat. beim Gehen das rechte Bein nach.

Niemals wurden Darm- oder Lungenaffectionen bemerkt. Oktober 87 war Pat. zu Hause; Ende des Monats wurden neue Abscesse am Halse und Rücken exstirpirt. Mitte December trat sie wieder in die Klinik ein, weil ihr die beiderseits geschwollenen Inguinaldrüsen heftige Schmerzen bereiteten. Sie wurden exstirpirt. In ihnen wurden keine Strahlenpilze gefunden, sie befanden sich nur im Zustande einfacher Hyperplasie. Nach der Op. auftretende rechtsseitige Psoascontractur wurde durch 14tägigen Extensionsvbd. gehoben. Entlassen, bekam Pat. bald heftige Schmerzen des rechten Hüftgelenks, sie konnte nicht gehen und kehrte zurück. Vom rechten Troch. nach unten zeigte sich eine derbe Infiltration. Ein 7 cm langer Schnitt bis zum Gelenk zeigt dasselbe wie das obere Ende des Fem. von reichlicher Menge Act. haltendem Eiter umspült. Heilung im Extensionsvbd. bis zum 20. III. Neue Infiltrationen mit grossen Schmerzen zeigen am 20. IV. ein Recidiv an. Trotz Extension lassen die Schmerzen nicht nach. Das Bein wurde stark flectirt gehalten. Am 25. IV. zeigt sich eine Spontanluxation des rechten Hüftgelenks. Daher wird am 3. V. die Resection des Cap. fem. vorgenommen. Der grösste Theil seines Knorpels ist zerstört. Das Aussehen des Knochens erinnerte an das eines tuberculösen

ılös Erkrankten. Am Fem. entlang reicht ein Abscess
s etwa eine Hand breit unter den Troch. herab. In
m Eiter finden sich wieder grosse Mengen Körner.
as Gelenk enthält z. Z. keinen Eiter. Doch ist die
apsel schwartig verdickt, das im Acet. zurückgebliebene
ıdiment vom Lig. ter. zerstört und umgeben von Gra-
lationen.

Pat. war sehr schwach, erholte sich allmählig, so
ss sie sich in Bettruhe schmerzfrei und ziemlich wohl
ılte. Doch begannen Narben am Rücken und Halse
eder zu schmerzen. Der Zustand besserte sich aber
zum Juni so, dass Pat. jetzt geheilt vor ihrer Ent-
sung steht.

IV. Fall. Gustav Sch., 30 Jahre alt, Bäcker aus
htenberg, aufgenommen am 30. Juli 85.

Anamnese: Pat., der im Alter von 7 Jahren an
er Zahnfistel litt, hat seit dem 12. Jahre schlechte
ne im Oberkiefer und trägt seit 1873 sieben künst-
e Zähne. Sonst war er gesund. August 84 litt er
starker Verstopfung mit Auftreibung des Leibes und
ssen Schmerzen, besonders der linken Bauchseite.
ederholt erbrach Pat. damals. Er musste katheterisirt
den.

Februar 85 fiel Pat. die Treppe hinab auf die linke
terbacke. Er bekam dann am After eine Geschwulst,
der ein Arzt nach 14 Tg. Eiter entleerte. Seitdem
e die Stelle nicht. Im April 85 bekam Pat. wieder
näckige Obstipation und Kreuzschmerzen. Haus-
l halfen ihm nicht. 6 Wochen vor der Aufnahme
e derselbe Schmerzen und Schwäche im rechten
e. Diese vergingen dort, wurden aber in der rech-
Hinterbacke sehr heftig, wo sich eine rothe Ge-
ulst bildete. Ohne Fieber nahmen die Kräfte ab,
Gewicht sank in dem Jahre von 170 Pfund auf 115.
wurde bettlägerig. In den letzten 15 Jahren hat

er nie mit Rindvieh zu thun gehabt. In seiner Bäcke
wurde nie Gerstenmehl verarbeitet, nur Roggen. 18
bis 84 wurde sehr viel Mehl, das von ausgewachsen
Getreide herrührte, verbraucht.

Stat. pr. 30. VII. 85. Pat., mittelgrosser Mann,
mager und elend. Ausser der grossen Blässe ist
Allgemeinen nichts auffallend. Aber in der M
zwischen Tub. os. isch. dext. und Troch. maj. dext.
eine entzündlich geröthete Hautparthie von Handtel
grösse mit mehreren buckelförmigen Hervorragung
Ueberall bemerkt man dort deutliche Fluctuation,
drohe Perforation. Die Umgebung ist infiltrirt; auf
linken Seite nahe am Anus eine Fistula ani incompl.
mehrere Hämorrhoidalknoten, die später abgebrannt wur

Die Behandlung bestand in Spaltung, Auskrat
und üblichem Verbande. Die incomplete Anusfi
wurde zu einer completen gemacht, der Abscess
spalten. Er enthielt viel Act. und ein Gang führte
den hinteren Rand des M. glut. max. zu einem e
fibrösen Ringe am For. isch. maj. Bis Ende 85 bild
sich um den Anus mehrere neue Abscesse, die mit
Glutaealabscess und Fistelgängen an der Vorderseite
Kreuzbeins communicirten. In der Lumbalgegend,
der linken Beckenschaufel war eine neue Infiltra
unter Schmerzen entstanden. Viel stinkender Eiter w
entleert. Am Anus und in der Lendengegend fol
neue Abscesse bis auf rauhe Wirbel. Contractur
linken Beines kam hinzu. Dann wechselte die st
Obstipation mit viel Diarrhoen. Diese dauerten
März 86, im Stuhl fand man nicht Act. Links
die Flexionscontractur nach, in täglichen Bädern he
die Wunden. Pat. trat Juni aus. Er kehrte im
zurück, ein Abscess an der Lendenwirbelsäule und
der linken Beckenschaufel wurde bis October behan
wo er nach Hause ging. Nov. 86 kam er wieder

Abscessen am Fem. dext. hinab, vorn und hinten am
Becken. Die Sonde dringt überall tief ein, findet Com-
municationen der Fisteln in dem und um das Becken
erum. 1887 wurde am Lig. Poup. sin. ein Abscess mit
icht kothig riechendem Eiter eröffnet. Um den Anus
ess die Eiterung kaum nach. Neue Abscesse folgten
n Rücken. Ein Mal hatte Pat. 24. IV. hohes Fieber,
as aber schnell nachliess. Schmerzen waren gross.
eitweise besserte sich der Zustand, die Kräfte waren
s zum Herbste 87 ziemlich gut. Im letzten Jahre
87 waren äusserst spärliche Körnchen vorhanden.

Im Winter 1887—88 wurden die Kräfte des Pat.
er immer geringer. Er collabirte am 26. Februar und
arb an demselben Tage. Die von Herrn Dr. Nasse
ı 27. vorgenommene Obduction ergab Folgendes:

Sectionsbericht: Stark abgemagerte männliche
iche. Haut blass. Oedem an den unteren Extremi-
en, den Genitalien, an den Nates. Oedem des Rückens
d der Bauchdecken. Starke Leichenhypostase. Eine
nge Fisteln sind im Perineum, in der Lumbal- und
uinalgegend sichtbar, aus denen sich schmutzig-bräun-
ıer Eiter entleert.

In der Bauchhöhle ist eine grosse Menge trüber
licher, mit wenig Fibrinflocken gemischter Flüssig-
t. Das Netz ist derb verdickt und breit ausgespannt,
en verwachsen mit den Organen des Beckens. Die
me sind mässig aufgetrieben. Es liegt vor: Dünn-
n, colon tr. und Magen. Das Periton. ist feucht,
t, glänzend, ohne entzündliche Erscheinungen. Die
er ist mit dem Zwerchfell verwachsen. Zwerchfell-
d ist rechts 3/4. Rippe, links an der 4. Rippe.

Bei Eröffnung der Brusthöhle liegen die Lungen
zu Tage. Beide Pleurahöhlen enthalten ziemlich
se Mengen trüber seröser Flüssigkeit. Die Lungen
beiderseits nicht verwachsen.

Das Herz zeigt keine Veränderung der Lage. Im Herzbeutel ist sehr wenig ganz leicht getrübte seröse Flüssigkeit. Das Herz ist klein, schlaff, seine Muskulatur blass, Klappen und Endocard intact, nur eine geringe Verdickung und Retraction der Sehnenfäden der Mitralis ist zu bemerken.

In der linken Lunge findet man Hypostase des Unterlappens, der rechte Unterlappen ist in seinem hinteren unteren Theile atelectatisch. Beiderseits Oedem der Lunge.

Die Milz ist mit dem Zwerchfell verwachsen, ebenso mit einigen derben Netzsträngen. Nach hinten ist sie mit Niere und Nebenniere verwachsen. Sie ist vergrössert, von normaler Gestalt, ihre Kapsel vielfach schwielig stark verdickt, besonders da, wo die Milz mit dem Zwerchfell verwachsen ist. Die Consistenz ist mässig weich, die Schnittfläche blutarm. Keine Amyloidreaction.

Die Herausnahme der einzelnen Organe des Bauches gelingt nicht. Das Col. desc. ist links nach hinten durch derbe schwielige Adhäsionen befestigt, desgleichen mit einigen Dünndarmschlingen verwachsen. Ebenso sind einige dieser Schlingen links an der Lendenwirbelsäule zugleich mit dem herabgezogenen Schwanz des Pancreas adhärent und in derbe Bindegewebsmassen eingeschlossen.

Im kleinen Becken sind Dünndarm, Rectum und Blase miteinander verwachsen und an der Beckenwand fest adhärent. Das schwielige Gewebe des Beckens hat die Fortsetzung zu beiden Seiten der Lendenwirbelsäule, wo man hinter dem Peritoneum derbe Verdickungen fühlt.

Die linke Niere ist am unteren Pole mit jenen eben erwähnten derben Adhäsionen der Därme an der linken Seite der Lendenwirbelsäule fest verwachsen.

Die Bauch- und Beckenorgane werden in toto her-
usgenommen. Die Herausnahme der letzteren ist durch
ie derben, schwieligen, von Fistelgängen durchzogenen
'erbindungen mit den Beckenwandungen ausserordent-
ch erschwert.

Die linke Niere ist gross, sehr blass und anämisch,
ber ohne besondere Veränderungen.

Die rechte Niere ist verkleinert. Die Oberfläche
igt eine Reihe narbiger Einziehungen. Die Rinde an
esen Stellen sehr verschmälert, enthält mikroskopisch
ne Menge atrophischer Glomeruli und Kanälchen, auch
rmehrtes Bindegewebe. Im Uebrigen ist die Nieren-
bstanz verschmälert, scheint aber ohne besondere
ränderungen zu sein. Das Nierenbecken und der
eter sind erweitert, Schleimhaut unverändert.

Nebennieren ohne wesentliche Veränderungen.

Magen, contrahirt, enthält wenig bräunlichen In-
lt; seine Schleimhaut ist blass, etwas ödematös ge-
wollen. Eine Reihe circumscripter stecknadelkopf-
erbengrosser Hämorrhagien von schwarz-rother Fär-
ng sind zu erkennen.

Die Schleimhaut des Duodenum ist ein wenig
nkel pigmentirt und ödematös. Der Duct. choledoch.
durchgängig, die Galle dunkel, grünbraun.

Die Leber ist klein, schlaff und anämisch. Herd-
rankungen nirgends zu bemerken.

Links von der Wirbelsäule sind der untere Pol der
en Niere, der Schwanz des Pancreas, das untere
le des Duodenum, einige Dünndarmschlingen und
. desc. untereinander und mit dem derben narbigen,
Fistelgängen durchzogenen Gewebe, das neben der
belsäule liegt, verwachsen. In diesen Adhäsionen
n buchtige verästelte Fistelgänge, deren Wandungen
schmutzigen gelbbraunen oder gelblich-grauen Massen
ckt sind. In der Mitte der Adhäsionen liegt eine

unregelmässig erweiterte Stelle eines Fistelganges, von der aus man mit der Sonde in eine Schlinge des Dünndarm ungefähr 1 mm unterhalb des Duodenum gelangt, anderseits kommt man in eine Perforation im unteren Drittel des Duodenum selbst. Die Oeffnungen im Darme sind für eine ganz dicke Sonde durchgängig, ihr Rand ist von Schleimhaut umsäumt. Die Schleimhaut ist nach aussen vorgezogen und geht in die Wandungen des Fistelganges über. Auf der rechten Seite am Eingange des ganz von den fest verwachsenen Beckenorganen und mit ihnen verwachsenen Dünndarmschlingen erfüllten kleinen Beckens ist das Coecum und eine etwa 1 mm oberhalb der Ileocoecalklappe gelegenen Dünndarmschlinge fest adhärent an den Wandungen eines in das Becken führenden Fistelganges. Eine Sonde gelangt leicht aus dem Darme in jenen Fistelgang. Die Oeffnung ist glatt, die Schleimhaut nach aussen vorgezogen und mit den Adhäsionen verwachsen. Im Coecum befindet sich hart an der Mündung des Process. vermif. ein Geschwür von etwa 1 cm Durchmesser. Die Ränder der Schleimhaut sind gewulstet und geröthet. Ob eine Communication mit dem Fistelgange vorhanden war, liess sich nicht mehr constatiren, da die Stelle leider verletzt war. Die Schleimhaut des Darmes ist überall blass, anämisch, ödematös und vielfach leicht schieferig punctirt. Einige Peyersche Haufen sind etwas hyperämisch. An zwei Stellen findet sich eine kleine schwärzlich pigmentirte Narbe in der Darmwand. Die Serosa über der Narbe ist glatt und spiegelnd, ebenfalls dunkel pigmentirt. Mesenterialdrüsen sind nur theilweise und sehr wenig vergrössert. Einige sind auf der Schnittfläche succulent, haben ein etwas dunkler geröthetes Gewebe als sonst und wenige gelblichweisse Herde.

Die Beckenorgane sind in derbe, schwielige Narbenmassen eingeschlossen, welche von Fisteln durchzogen

nd. Die Blase ist contrahirt, enthält wenig trüben
rin. Das Rectum ist ebenfalls contrahirt, seine Schleim-
ut mässig pigmentirt, sonst ohne Veränderung. Die
uskulatur desselben ist verdickt, ebenso die des unteren
ieiles vom Colon descendens.

Beiderseits ist der M. ileopsoas und die Lumbal-
uskulatur atrophisch, von derben Bindegewebsmassen
rchsetzt und von einigen Fistelgängen durchzogen.
chts geht die schwielige Narbenmasse bis zu der Ad-
ctorengegend am Schenkel.

In der Ve. hypog. dextra und der Ve. il. de. ist
n adhärenter gemischter Thrombus, welcher sich in
r Ve. ca. bis dicht unter das Zwerchfell fortsetzt.
nst sind die grossen Gefässe ohne wesentliche Ver-
derungen, ebenso der Schädel. Mässiges Oedem und
ämie des Gehirnes und der Meningen.

In dem zuerst beschriebenen Falle Ww. H. haben
r eine der wenigen Actinomycosen, wo die Erkrankung
ch einer wahrgenommenen Verletzung beobachtet
rden ist. Ob die Wunde an der Innenseite der Backe
erhaupt mit der Actinomycose im Zusammenhange
standen hat, ist unsicher. Es ist aber wahrscheinlich,
ss wir eine Angabe haben, die uns den directen Weg
r Pilzwanderung erkennen lässt. Wenn dort in der
unde die Infection stattgefunden hat, so kann die An-
hwellung in den nächsten 4 Wochen bis zum Halse
rabgezogen sein, während die Härte oben schwand.
nnoch habe ich den Fall unter die Rubrik: Lokali-
ion am Halse gesetzt, weil die erste Wahrnehmung
ier Geschwulst hier gemacht wurde. Einer ausge-
hnten Excision gelang es, die Actinomycose völlig zu
terdrücken.

Vielleicht war schon zur Zeit, wo diese Operation
ttfand, das Carcinom im Entstehen begriffen. Es

scheint aber wahrscheinlicher, dass durch die Operatio
der Actinomycesgeschwulst die Gelegenheit gegebe
worden ist, dass sich gerade hier ein Carcinom en
wickelte. Denn diese Neubildung trat unmittelbar i
der Narbe der alten Operationswunde auf. Es stimm
diese Beobachtung überein mit der schon lange b
kannten Wahrnehmung, dass Geschwüre und Narbe
häufig einen Boden für das Carcinom abgeben. Ist doc
jede Narbe ein Lieblingsort für das Entstehen von G
schwülsten. So trat nach erfolgreicher Operation ein
Brustkrebses in einem von Partsch 1886 mitgetheilte
Falle eine Actinomycose in der Narbe auf. Der Fa
wird als Folge einer Infection durch eine Verletzung d
äusseren Haut aufgefasst. In unserem Falle folgte d
Carcinom der Operation des actinomycotischen Herde

Der Patient, über dessen Krankheit ich an zweit
Stelle berichtet habe, der 38jährige Landmann M., li
an einer Actinomycose, welche in der Zunge und Ur
gegend lokalisirt war.

In den bisher bekannten 3 Fällen von Actinom
cose der Zunge sass die Erkrankung wie in dem ob
angeführten „5. Falle, Arbeiter F." in der Gegend d
Zungenspitze. Dieselben scheinen nach dem durch v
Hacker gegebenen kurzen Berichte primäre Affection
gewesen zu sein. In dem einen Falle, über welch
v. Hacker im April 1885 berichtet hat, war der Kran
mit der Wartung von krankem Vieh betraut gewese
über die andern Fälle hat v. Hacker nichts Näheres m
getheilt. Doch ist so viel bekannt, dass bei derselb
die Affection auch in der Gegend der Zungenspitze n
charakteristischen Körnchen aufgetreten ist.

Ob in dem Falle M. die Actinomycose als primä
Affection der Zunge aufgefasst werden muss, ist nic
unzweifelhaft. Einerseits ist zwar die erste Schwellu
in der Zunge beobachtet, anderseits ist aber durch d

Defecte an den Zähnen auch eine Pforte für die Einwanderung des Pilzes geöffnet gewesen. Da die Schwellung später den ganzen Boden der Mundhöhle gleichmässig betraf, so könnte der Bindegewebsstrang, welcher einer Ansiedelung des Strahlenpilzes zu folgen pflegt, geschwunden oder unbemerkt geblieben sein. Nach der Anamnese hat dort keine Anschwellung bestanden und auch die in anderen Fällen aufgetretenen Zahnschmerzen sind nicht beobachtet worden. Also ist die Invasion wohl von einer Schrunde der Zunge ausgegangen, welche an den cariösen Zähnen leicht gemacht ist. Da nun James Israel festgestellt hat, dass gerade auf cariösen Zähnen der Pilz wuchern kann, so ist die Erklärung gegeben. Der Pat. hat als holländischer Landmann auch wohl Gelegenheit gehabt, sich bei dem Vieh oder mit Getreide zu inficiren.

Der Erfolg der Exstirpation zeigt, dass die bessere Prognose, welche wir erfahrungsgemäss den Actinomycosen des Mundbodens stellen können, trotz des bösen Symptomes der Kieferklemme gestattet ist. Schluckbeschwerden, Anschwellungen und Schmerzen waren die ersten Beschwerden des Kranken. Dann dehnte sich die Geschwulst ziemlich schnell für eine Actinomycose, nämlich in 4 Wochen, über den Mundboden bis zum Kinne aus. Die charakteristische Bretthärte der Neubildung liess die Möglichkeit einer Actinomycose in Erwägung ziehen. Die spätere anatomische Untersuchung wies dieselbe als unzweifelhaft nach.

Interessant ist das gleichzeitige Auftreten von Actinomycose des Mundbodens und von Carcinoma oesophagi. Es lag nahe hier auch Actinomycosis oesophagi anzunehmen. Doch ist die Diagnose Carcinom später durch den mikroskopischen Befund sichergestellt worden. Dieses Auftreten von 2 Infectionsgeschwülsten zu derselben Zeit bei demselben Kranken zeigt recht deutlich, welche Vor-

sicht bei dem Stellen der Diagnose von Neubildungen nothwendig ist. In unserem Falle bestand längere Zeit ein Carcinoma oesophagi, ohne dass man es als solches hätte erweisen können. Da erkrankte der Pat. an Actinomycose des Mundbodens. Der betroffene Theil wurde exstirpirt und zeigte deutlich den Strahlenpilz als seinen Urheber. Aber das Hauptleiden war ein anderes; auch eine Geschwulstbildung, auch im Verdauungstractus, und nicht so weit von der Actinomycesgeschwulst entfernt, dass der Strahlenpilz nicht hätte dorthin wandern können. Auch die Stelle des Tumors war zur Infection geeignet. Sind doch 2 Fälle bekannt, wo der Oesophagus als Invasionspforte des Strahlenpilzes gedient hat, nämlich den von Soltmann und der von Ponfick beobachtete Fall. Demnach war die Diagnose auf Actinomycose durch die Lokalität und den Nachweis vom Vorhandensein des Pilzes recht nahe gelegt. Dennoch zeigte die Untersuchung später, wie sehr man mit einer solchen Diagnose zurückhalten muss. Die Neubildung war, wie vermuthet, ein Carcinom.

Im ersten Falle war die Actinomycose das erste, hier das Carcinom das frühere Leiden. Wir finden dem- nach beide Krankheiten neben- und nacheinander. Des- halb darf sich niemals Jemand mit dem Bewusstsei zufrieden geben, ein Pat. leidet an Actinomycose; w dürfen nicht glauben, dass wir nun alle Geschwulstbi dungen in dem Körper des Kranken damit erklär können. Sondern wir finden an einer Stelle eine Act nomycesgeschwulst, an einer andern ein Carcinom. D Infectionsgeschwülste schliessen sich keineswegs gege seitig aus. So liessen in dem nächsten III. Falle N. Dr senerkrankungen im Nacken eine lokale Tuberculose d dortliegenden Lymphdrüsen annehmen und das Leid ist dann fernerhin als tuberculöse Cervicalspondylitis au gefasst worden. Die Erkrankung des Cap. fem. bot spät

i derselben Patientin auch das Bild einer tuberculösen
ıochenaffection. Die Möglichkeit von Actinomycose
s Nackens und gleichzeitiger Drüsentuberculose der-
ben Region ist da. Ob hier in der That Tuberculose
rhanden war, hätte durch die mikroskopische Unter-
chung nachgewiesen werden können. Dieselbe ist leider
ht gemacht worden. Dann ist der Fall N. noch in-
essant, weil er ein typisches Beispiel für die Chronicität
r Actinomycose bildet. Vier Jahre hat die Krankheit
lauert. Vom Kopfe über den Rücken drang der
cess zum Becken vor. Dennoch sind die inneren
en Organe nie merkbar befallen worden. Die Nacken-
figkeit dürfte kaum als erstes Zeichen der Infection
usehen sein. Doch möchte ich das nicht ausschliessen.
her dürfen wir die Erkrankung des Zahnfleisches am
erkiefer als actinomycotisch bezeichnen. Von dort
ng der Pilz ohne eine Kieferklemme zu verursachen
ı Nacken vor. Muskeln und die Umgebung der
rbelsäule, auch diese selbst erkrankten. Schon im
ahre hatte die Krankheit bis zur 6. Rippe auf dem
ken übergegriffen. Gleichzeitig drang der Process
Halse und in der Umgebung der Speiseröhre herab.
Schwartenbildung verursachte öfter Schlingbeschwer-
. Jedoch zeigt das Zurückgehen derselben die Re-
tion dieser Schwielen an. Langsam gelangt der Pilz
zum Becken. Erst erkrankt das linke, dann das
te Hüftgelenk mit Contractur des Psoas. Hier macht
ıtanluxation die Resection nöthig und nach der
rgischen Entfernung aller kranken Herde ist jetzt
ich die Heilung eingetreten. Dass bei der grossen
dehnung des befallenen Gebietes die inneren Organe
nd geblieben sind, ist ein einzig dastehender Fall.
Die Leiden der Kranken sind gemindert und ihr
eine Lebenszeit bewahrt, welche ihr sonst kaum zu

Theil geworden wäre. Aber mit dreiundsechzig Operationen hat sie dieselbe erkauft.

Zum Schlusse möchte ich nochmals darauf hinweisen dass die geschwollenen Drüsen der Leistengegend nur hyperplastisch verändert waren. Eiter wurde bis zuletzt nie bemerkt.

Hatten wir hier wahrscheinlich eine Tuberculose der Nackendrüsen neben der Actinomycose, so haben wir in dem IV. Falle Sch. sehr wahrscheinlich eine Tuberculose der Mesenterialdrüsen. Dort fanden sich Riesenzellen wie sie in Tuberkeln gewöhnlich gefunden werden. Dieselben zeigten zahlreiche randständige Kerne. Sie lagen in einigen Drüsen und in der Umgebung von Fistelgängen Die betr. Stellen zeigten Rundzellenhaufen, deren Centrum käsig war. An der Peripherie der Zellenhaufen fanden sich die Riesenzellen. Das ganze Bild war das eines Tuberkels. Jedoch gelang es mir nicht Tuberkelbacillen oder Actinomycesdrusen nachzuweisen. Ich hebe das hervor, weil bisher nur von Marchand bei einem Rinde (Fall: Pflug, Eulenburgs Realencyclopädie) vielkernige Zellen in der Lunge gefunden sind, welche dem Autor zufolge Riesenzellen waren und stellenweise Actinomycesdrusen der kleinsten Art enthielten. In unserem Falle zeigte sich auch der Zellkörper stärker in den Riesenzellen gefärbt als die umliegenden kleinen Zellen. Die Auskleidung der Fistelgänge selbst wurde durch Granulationsgewebe gebildet. Aber nicht weit davon fanden sich in der Wand dieser Gänge die Riesenzellen und stellenweise Gruppen von Rundzellen, die das Bild von typischen Tuberkeln darboten.

Actinomycesdrusen zeigten sich in den Mesenterialdrüsen, soweit ich sie untersuchte, nicht. Auch in den Schwielen fand ich an einer Reihe von Präparaten, die mit Pikrolithioncarmin, nach Gram, mit Orcëin nach

. Israël gefärbt wurden und vorher in Celloidin ein-
›bettet waren, keine Strahlenpilze mehr.

Wäre es möglich, dass der Strahlenpilz, welcher
ı den oben erwähnten Stellen nicht gefunden worden
t, Erscheinungen verursacht, die darin mit denen der
ıberculose übereinstimmen?

Nach den bisherigen Anschauungen müsste dort
›r Actinomyces nachgewiesen werden. Er ist hier
cht gefunden. Da an den Drüsen, welche die Turberkel-
ıötchen zeigen, keine Färbungen auf Tuberkelbacillen
macht worden sind, so fehlt auch dafür der sichere
ıchweis bis jetzt. Jedoch gilt das typische Bild eines
ıberkels auch ohne Bacillennachweis bisher für ein
'iterium der Tuberculose. Deshalb müssen wir die
›berzeugung haben, dass Actinomycose und Tuberculose
enfalls wie Actinomycose und Carcinom zusammen
rkommen.

In dem Falle Sch. zeigten auch die dunklen Stellen
Darme, welche ich z. Th. auf Actinomyces unter-
chte, keine Pilze. Dr. Rotter, welcher diesen Pat. als
ıcker 1886 auf dem Chirurgenkongresse vorgestellt
t, leitete damals die Erkrankung von einer Primär-
ection des Rectum ab. Von dort sei ein periproc-
ıscher Abscess entstanden. Durch das For. isch. sei
r Process in die rechte Glutäalgegend gewandert, hätte
h zu beiden freien Kreuzbeinrändern nach unten ge-
ıkt und sei schliesslich auf dem Wege des retroperi-
ıealen Beckenzellgewebes auf die Innenseite der
chten und später der linken Darmbeinschaufel ge-
egen. Dann brachen aber rechts und links die Narben
f. Gänge von der Vorderseite führten bis zu den
stelgängen des Rückens. Nun erholte sich der Kranke
cht mehr. Zwar bildete sich ein neuer Abscess unter
ı Glutäen zurück, aber die Störung der Nahrungs-
fnahme und der Verlust durch die Abscesse rafften

seine Kräfte hin. Die Autopsie hat uns gezeigt, das
der Darm die Eingangspforten für den Pilz geboten ha
Während im Falle Ww. H. und Louise N. jegliche An
deutung der Infection fehlt, ist hier die Bemerkung ve
zeichnet, dass in der Bäckerei des Sch. viel von au
gewachsenem Roggen stammendes Mehl verbacken is
In 4 Jahren erlag Pat. trotz der sorgfältigsten Behand
lung seiner heimtückischen Krankheit. Der Verlauf zeig
wie übel im allgemeinen die Prognose der Becke
actinomycosen zu stellen ist.

Er ist der einzige Kranke, welcher von den au
gezählten fünfzehn Patienten der Actinomycose erlege
ist. Das Resultat der chirurgischen Behandlung ist hi
ein so gutes, wie es noch vor wenigen Jahren nieman
bei der Actinomycose zu hoffen wagte. Dieser Erfo
muss uns dazu anfeuern, selbst in scheinbar unheilbare
Fällen durch möglichst ausgiebige Excision und Ant
sepsis eine Heilung zu erstreben.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflich
Herrn Geheimrath Prof. Dr. von Bergmann, sowie Her
Dr. de Ruyter und Herrn Dr. Nasse für die gütige Uebe
lassung des Materials und die freundliche Unterstützun
bei der Anfertigung der Arbeit meinen verbindlichst
Dank auszusprechen.

Benützte Litteratur.

Bergmann, Vorstellung von Fällen von Actinomycose. Tageblatt der 59. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Berlin. 1886.

ɔllinger, Ueber primäre Actinomycose des Gehirns beim Menschen. Münchener med. Wochenschrift 1887, No. 41.

aun, Ueber Actinomycose beim Menschen. Separat-Abdruck aus No. 2 der Correspondenz-Blätter des allgemeinen ärztlichen Vereins von Thüringen. 1887.

ıtlin, Die Krankheiten der Zunge, deutsch bearbeitet von Beregszaczy. 1887.

aser, Ein Beitrag zur Kasuistik und klin. Beurtheilung der menschlichen Actinomycose. Dissertatio inaug. Halle 1887.

Hacker, Actinomycose der Zunge. Wiener medicinische Wochenschrift 1885.

Israel, Klinische Beiträge zur Kenntniss der Actinomycose des Menschen. 1885.

gnussen, Beiträge zur Diagnostik und Kasuistik der Actinomycose. Dissertatio inaug. Kiel 1885.

rchand, Actinomycose. Eulenburg's Realencyclopädie.

rtsch, Die Actinomycose des Menschen. Sammlung klinischer Vorträge, herausgegeben von R. v. Volckmann 1888.

tter, Sitzungsbericht des Chirurgencongresses 1886. Vorstellung von Fällen von Actinomycose.

tmann, Ueber Aetiologie und Ausbreitungsbezirk der Actinomycose. Jahrbuch der Kinderheilkunde 1886.

Eine ausführliche Zusammenstellung der betr. Litteratur ist Schlusse der Arbeit von Partsch gegeben.

Thesen.

I.

Völlige Heilung der Actinomycose ist nur da zu erwarten, wo es gelingt, auch das neugebildete straffe Bindegewebe mitzuentfernen.

II.

Bei Chorea ist die psychisch-pädagogische Behand-lung ebenso wichtig wie die medicamentöse.

III.

Mit scharfer Waffe abgetrennte Stücke der Kopf-haut sind auch bei dem Mangel einer Brücke wieder anzunähen.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Karl Adolf Johannes Müller, Sohn des Königl. Hofopernsängers a. D. Wilh. Müller-Kannberg, wurde am 21. October 1864 zu Kowno in Russland geboren. Dem Be-kenntnisse nach evangelischer Confession, erhielt er seine wissen-schaftliche Vorbildung auf dem Ascanischen Gymnasium zu Berlin welches er Ostern 1884 mit dem Zeugnisse der Reife verliess. Am 29. März 1884 wurde er in die Königliche medicinisch-chirurgische Akademie für das Militair aufgenommen. Vom 1. April bis zum 30. September 1884 genügte er seiner sechsmonatlichen Dienstpflicht mit der Waffe in der 3. Compagnie des Kaiser-Alexander-Garde-Grenadier-Regiments No. 1. Am 6. März 1886 bestand er die ärzt-liche Vorprüfung, am 21. Februar 1888 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen Kliniken und Curse der Herren: Baerensprung, Bardeleben, v. Berg-mann, Bernhardt, du Bois-Reymond, Dilthey, Eichler (†), Ewald Fräntzel, Fritsch, Gerhardt, Gurlt, Gusserow, Hartmann, v. Helm-holtz, Henoch, Hirsch, v. Hofmann, O. Israel, Jürgens, Koch, Köhler Kossel, Leuthold, G. Lewin, Leyden, Liebreich, Liman, Martius Olshausen, Oppenheim, Orth, Overweg, Salkowski, Schulze, Schweig-ger, Schwendener, Schweninger, Thomsen, Trautmann, Virchow Waldeyer, Westphal, Wyder.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht der Verfasser seinen aufrichtigen Dank aus.
